

重度の睡眠症状を呈する睡眠障害関係
(徳島県公安委員会提出用)

診 断 書

1 氏 名		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成	年	月
住 所		日	生 (歳)
2 医学的判断			
<input type="radio"/> 病名			
<input type="radio"/> 総合所見（現病歴、現在症、重症度、治療経過、治療状況など）			
3 現時点での病状（改善の見込み等）についての意見			
(※ 睡眠障害でない場合、及び眠気が軽度や中程度と認められる場合は記載しない。)			
ア 現在、睡眠障害で重度の眠気を生じるおそれがあり、6月以内に重度の眠気が生じるおそれなくなる見込みがあるとはいえない。			
イ 現在、睡眠障害で重度の眠気を生じるおそれがあるが、6月（ 月以内）に重度の眠気が生じるおそれなくなる見込みがある。			
ウ 現在、睡眠障害でない。			
エ 現在、睡眠障害であり、重度の眠気を生じるおそれがあるが、軽度や中等度に限られる。			
オ 上記アからエのいずれにも該当しない。			
4 その他特記すべき事項			

専門医・主治医として以上のとおり診断します。年 月 日

病院又は診療所の名称・所在地

担当診療科名

担当医師氏名